

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS / DIA NO LECTIVOS CONCEJALÍA EDUCACIÓN
Modalidad B Plan Extensión y Mejora**

CURSO 2011/2012

Solicitud General

Adulto solicitante.....Centro de interés.....

Periodo al que asistirá e importe correspondiente:

Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Horario entrada	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
		Horario de salida	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>

Ha solicitado plaza para otro hermano SI NO

Datos del niño /a

Nombre:.....Primer Apellido:.....Segundo Apellido:.....
 Edad:.....Fecha de nacimiento:..... Centro Escolar en el que está matriculado.....
 Domicilio:.....nº.....bloque.....portal.....escalera.....letra.....
 Localidad.....Código Postal..... Empadronado en Boadilla del Monte: SI NO
 Nombre y apellidos de la madre:.....DNI.....
 Nombre y apellidos del padre:.....DNI.....
 Teléfono casa:.....teléfono móvil.....correo electrónico.....
 Otro contacto en caso de urgencia, si no puede contactar con los padres:
 Nombre y Apellidos.....Relación con menor.....teléfono.....

Desayuno en centro SI NO **Solicita plaza como niño/ a con necesidades educativas especiales *** : SI NO

*En caso afirmativo, adjunte documento que lo acredite.

Datos médicos

Indique si el niño/ a presenta algún problema que requiera atención especial (alergias, dieta, intolerancia...)
 D./Dña.....DNI.....autorizo a dar la medicación a continuación prescrita por su médico
 Medicamentos que toma (imprescindible adjuntar receta médica, indicando dosis y duración)

PROBLEMA	MEDICACIÓN	DESAYUNO	COMIDA

Autorización

D./Dña:.....como padre /madre /tutor/ a legal de declara bajo su responsabilidad que los datos que aporta son correctos. En caso de que se compruebe la falsedad, no se admitirá la solicitud presentada o en su caso, se perderá el derecho a la plaza adjudicada. Declaro haber leído y estar de acuerdo con el Protocolo de las actividades de Modalidad B del Plan de Mejora y Extensión del Ayuntamiento de Boadilla del Monte. Firma:

Autorizo SI NO a que se realicen fotografías o grabaciones para el periódico local u otro medio de comunicación (tv,radio ...)

Personas autorizadas para recoger a los niños:

Nombre y apellidos.....DNI.....

Nombre y apellidos.....DNI.....

E
J
E
M
P
L
A
R

P
A
R
A

A
D
M
I
N
I
S
T
R
A
C
I
Ó
N

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS / DIA NO LECTIVOS CONCEJALÍA EDUCACIÓN
Modalidad B Plan Extensión y Mejora**

CURSO 2011/2012

Solicitud General

Adulto solicitante.....Centro de interés.....

Periodo al que asistirá e importe correspondiente:

Periodo.....Importe <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Periodo.....Importe <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Periodo.....Importe <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Periodo.....Importe <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Periodo.....Importe <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Horario entrada <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Horario de salida <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Ha solicitado plaza para otro hermano SI NO

Datos del niño /a

Nombre:.....Primer Apellido:.....Segundo Apellido:.....
 Edad:.....Fecha de nacimiento:..... Centro Escolar en el que está matriculado.....
 Domicilio:.....nº.....bloque.....portal.....escalera.....letra.....
 Localidad.....Código Postal..... Empadronado en Boadilla del Monte: SI NO
 Nombre y apellidos de la madre:.....DNI.....
 Nombre y apellidos del padre:.....DNI.....
 Teléfono casa:.....teléfono móvil.....correo electrónico.....
 Otro contacto en caso de urgencia, si no puede contactar con los padres:
 Nombre y Apellidos.....Relación con menor.....teléfono.....
Desayuno en centro SI NO **Solicita plaza como niño/ a con necesidades educativas especiales *** : SI NO

*En caso afirmativo, adjunte documento que lo acredite.

Datos médicos

Indique si el niño/ a presenta algún problema que requiera atención especial (alergias, dieta, intolerancia...)
 D./Dña.....DNI.....autorizo a dar la medicación a continuación prescrita por su médico
 Medicamentos que toma (imprescindible adjuntar receta médica, indicando dosis y duración)

PROBLEMA	MEDICACIÓN	DESAYUNO	COMIDA

Autorización

D./Dña:.....como padre /madre /tutor/ a legal de declara bajo su responsabilidad que los datos que aporta son correctos. En caso de que se compruebe la falsedad, no se admitirá la solicitud presentada o en su caso, se perderá el derecho a la plaza adjudicada. Declaro haber leído y estar de acuerdo con el Protocolo de las actividades de Modalidad B del Plan de Mejora y Extensión del Ayuntamiento de Boadilla del Monte. Firma:

Autorizo SI NO a que se realicen fotografías o grabaciones para el periódico local u otro medio de comunicación (tv,radio ...)

Personas autorizadas para recoger a los niños:

Nombre y apellidos.....DNI.....

Nombre y apellidos.....DNI.....

E
J
E
M
P
L
A
R

P
A
R
A

I
N
T
E
R
E
S
A
D
O